|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****KAMU HASTANELERİ KURUMU …İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ/ÜNİVERSİTE****…. HASTANESİ** **DOKU TİPLEME LABORATUVARI** **“ÇAPRAZ KARŞILAŞTIRMA, XM” TETKİK SONUÇ RAPORU**(Laboratuvar Ruhsat No: ………..…) | **LOGO** |
|  |
|  |
| Hastanın Adı Soyadı  | Testi İsteyen:**Uzm. Dr. Adı Soyadı****Birimi / ……… Hastanesi** Yakınlık: Kadavra: |
| Yaşı, Cinsiyeti |
| Protokol/Dosya No:  |
| Verici Adı Soyadı |  |
|  |  |
| **Doku Tipleme Laboratuvar Ünitesi** | Hasta Hücre Numune No: |  | Hücre Numune Alma: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** | Numune kabul: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** |
| Hasta Serum Numune No: |  | Serum Numune Alma: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** | Numune kabul: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat**  |
| Verici Hücre Numune No: |  | Hücre Numune Alma: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** | Numune kabul: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** |
| Hücre Canlılığı:% | **T Lenfosit** | **B Lenfosit** | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** |  |  |
|  |  |
| Hücre Saflaştırma Yöntemi: |  |  |  | Uzman Onay: | **Tarih** …. / …. / ….**Saat** |
| **Tarih:**  | **CDC\_XM (Sitotoksisite Yöntemi ile Çapraz Karşılaştırma ) SONUÇU** |
| **T Lenfosit** | **B Lenfosit** |
| **Yöntem** | **pozitif/negatif** | **Skor (0-8)** | **pozitif/negatif** | **Skor (0-8)** |
| **CDC-XM** | **DTTsiz** |  |  |  |  |
| **CDC-XM** | **DTTli** |  |  |  |  |
| **CDC-XM** |  Dilusyon\*  |  |  |  |  |
| **CDC-XM** | Dilüsyon \* |  |  |  |  |
| **CDC-XM** | OTOLOG |  |  |  |  |
| **\*: Uygulanan Dilüsyon oranı yazılır**  |
| **AÇIKLAMA:** |
| **Tetkik Adı** | **FCM –XM (Akan Hücre Ölçer ile Çapraz Karşılaştırma) SONUÇU** |
|  |  | **T Lenfosit** | **B Lenfosit** |
|  |  | **Pozitif / negatif** | **Pozitif / negatif** |
| FCM –XM | Dilüsyon yok  |  |  |
| FCM –XM | Dilüsyon \* |  |  |
| FCM –XM | Dilüsyon \* |  |  |
| FCM –XM | OTOLOG |  |  |
| **\*: Uygulanan Dilüsyon oranı** |
| DTL Sorumlusu/ Sorumlu Yardımcısı**Adı Soyadı** |
| Kurum Adresi: ……………………………………………Tel: … Fax: ……………. Kurum Web Adresi:… e-posta:…. |